



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse för St Eriks vård- och omsorgsboende År 2024 från februari.



Ansvarig för innehållet: Biträdande Enhetschef Anna Simonsson, Irena Hansson MLA sjuksköterska
Diarienummer

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	17
Avvikelser, händelser – resultat	17
Riskhantering	19
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Klagomål och synpunkter	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25

SAMMANFATTNING

S:t Eriks vård- och omsorgsboende har totalt 30 lägenheter med heldygnsomsorg fördelat på fyra avdelningar. Samtliga lägenheter är avsedda för personer med demenssjukdom. Stockholms stad (Kungsholmens Stadsdelsförvaltning) driver S:t Eriks vård- och omsorgsboende sedan 1 februari 2024.

S:t Eriks vård- och omsorgsboende arbetar aktivt med patientsäkerheten och har satt övergripande mål och strategier samt ansvarsfördelning över hur arbetet ska gå till. Samverkan med interna och externa aktörer, som t.ex. läkarorganisation, sjukhus och uppdragsgivare, sker fortlöpande för att nå målen. Närstående uppmuntras även till samverkan genom bland annat synpunkter för att verksamheten ständigt ska kunna förbättras.

I det centrala ledningssystemet finns anvisningar och struktur över hur risker bedöms, bland annat i enskilt hem eller för enskild boende. I ledningssystemet finns även instruktion över hur bedömda risker och händelser följs upp och utvärderas. Verksamheten har kompletterat dessa med lokala rutiner hur uppföljningen sker praktiskt i det dagliga arbetet. Uppföljning sker även i form av egenkontroller som bland annat ”Nyckeltal”.

Nyckeltalen har varit samma som tidigare år vilket gör det lättare att jämföra och följa upp/ utveckla vissa områden.

Egenkontroller och uppgifter som inhämtats från verksamheten under året visar att hälso- och sjukvården håller hög kvalitet och S:t Erik är ett välfungerande vård och omsorgsboende med viss utvecklingspotential. Verksamheten har genomfört uppföljningar med verktyget QUSTA (quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) som bekräftade att St. Erik har tydliga rutiner som uppdaterades efter övertagande av kommunen.

Verksamheten har under året fortsatt sitt arbete med kompetenshöjning och kvalitetssäkring av demensomvårdnad. År 2024 utbildades fler BPSD administratörer (svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens).

Andel registreringar i Palliativa registret är 100%. Verksamheten kommer fortsätta att arbeta med utveckling/förbättring dokumenterade munhälsobedömningar sista levnadsvecka. Diagrammen visar att alla andra punkter ligger inom målvärde.

Verksamheten har bytt digitalt signeringssystem av läkemedel till APPVA, vilket ger oss möjlighet för bättre överblick över läkemedelshandtering. En av våra utvecklingsområde är att få personalen att följa apotekets krav och rekommendationer för läkemedelsadministrering. Våra mål justerades efter apotekets granskning 2024.

Utbildningssatsningarna har genomförts antingen i små grupper eller digitalt, individuell handledning har löpande genomförts under året för att öka patientsäkerheten.

Resultatet av registrerade händelser under 2024 visade att det registrerades 83 händelse, 3 av dem är klagomål. Under året har 2 händelse bedömts vara av hög allvarlighetsgrad.

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med bland annat dokumentationen (både HSL och SoL) målet är dock delvis uppnått med arbetet att genomförandeplaner ska ha en spegling av HSL. Detta är ett fortsatt viktigt utvecklingsområde som vi tar med till nästa års mål. De mål som vi inte riktigt hade nått tar vi med till år 2025.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdrelaterade skador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §



S:t.Eriks vård- och omsorgsboende arbetar enligt Patientsäkerhetslagen. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i lokala och centrala rutiner och innefattar riktlinjer och rutiner samt händelsehantering och används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.



Organisation och ansvar

PSL 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

St.Eriks Enhetschef har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Enhetschefen ansvarar för att följa upp verksamhetens arbete månadsvis och att kommunicera krav och rutiner inom sin verksamhet.

MAS/MAR har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Biträdande enhetschef ansvarar för det fortlöpande dagliga arbetet utifrån SoL i verksamheten. Enhetschef ansvarar för att processer, riktlinjer och rutiner som är beslutade implementeras och är väl kända i verksamheten.

Medicinskledningsansvarig sjuksköterska ansvarar över att samordna hälso- och sjukvårdens egenkontroller samt utveckla patientsäkerhetsarbetet på verksamheten och sammanställer resultat och analys årligen till patientsäkerhetsberättelse.

På ledningsgruppsmöten varje vecka och hälso- och sjukvårdsmöten en gång i månaden följs upp att de ansvariga personerna fullföljer sina arbetsuppgifter enligt fastställd rutin eller plan.

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 kap. 4§). Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 201:659 3 kap. 4§). Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

S:t Eriks vård- och omsorgsboende har en tjänstgörande sjuksköterska dygnet runt på plats i verksamheten. Varje boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska och ansvaret fördelas mellan de tre anställda dagsjuksköterskorna. Sjuksköterskan ansvarar för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående) och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Boenden på S:t Eriks vård- och omsorgsboende ska få sin omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov. Sjuksköterskan handleder, utbildar och är arbetsledare för omsorgspersonalen i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad sjukgymnast ansvarar för att tillse att den individuella patientens behov av rehabilitering eller bibehållande av funktioner tillgodoses. De ansvarar för att nyanställd personal får den utbildning som krävs för att kunna ge en god vård och omsorg till den boende samt hantera medicintekniska hjälpmedel på ett korrekt och patientsäkert sätt.

Omvårdnadspersonalen ansvarar för att den vård och omsorg som ges till boende sker utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. I detta ingår även personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, följa givna ordinationer och att rapportera eventuella avvikelser. Varje boende har sin kontaktperson från omvårdnadspersonal som har ansvar för kontakt med anhöriga, skriva genomförande planen och uppdatera den enligt rutiner.



Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2§ p.3

Intern samverkan

På S:t Eriks vård- och omsorgsboende har sjuksköterskorna överlappande tid för muntlig rapport, övrig personal har läsrapport därför går tjänstgörande sjuksköterska runt på avdelningarna i början och i slutet av sitt pass för att förmedla och samla informationen av vikt muntligen till/från omvårdnadspersonal.

På S:t Eriks vård- och omsorgsboende samverkar sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal dagligen och genom omvårdnadskonferenser/teammöten en gång i månaden på respektive avdelning. Där diskuteras våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter. HSL-personalen träffas regelbundet på separat arbetsplatsträff för legitimerad personal där samverkan över det dagliga arbetet och rutiner sker. Teamledare, legitimerad personal och biträdande enhetschef har kvalitetsråd var 4:e vecka för att hantera händelser/avvikelse och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Läkarorganisation

På S:t Eriks vård- och omsorgsboende ansvarar Capio läkare i SÄBO för läkarinsatserna. En lokal samverkansöverenskommelse mellan Capio Läkare i SÄBO och Kungsholmens stadsdelsförvaltning angående S:t Erik vård- och omsorgsboende finns. Läkare finns på plats i verksamheten en dag i veckan och ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon övriga dagar och jourläkare finns tillgänglig övriga tider. Samverkansmöten skedde regelbundet under året.

Sjukhus

Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan ansvarar även för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om den boende har pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning gjorts att fortsätta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information.

När en boende skickas till sjukhus tas alltid telefonkontakt med närstående och medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter (med undantag när besöksbegränsningar var aktuella på grund av pandemi). Patienten får med sig så kallade "akut kuvert" som innehåller: Transportsremiss, men kortfattad information om patienten. "Patientinformation till vårdkedjan" som innehåller alla nödvändiga telefonnummer, diagnoser, aktuell status och aktuell frågeställning, aktuell läkemedelslista.

Vid utskrivning från sjukhus kontrollerar sjuksköterskan att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmässiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Vårdhygien

S:t Eriks vård- och omsorgsboende har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Via vårdhygien har vi tillgång till utbildning, hygienronder och även experthjälp vid utbrott av eventuell smitta.



Smittskydd Stockholm

Samarbetet med Smittskydd har fungerat bra, kontaktperson i form av sjuksköterska på Smittskyddet har alltid kunnat nås och kunnat handleda.

Apoteket

Ny leverantör är Apoteket AB från 30/1-2023 och fungerar bra. Läkemedelshantering granskas av Apoteket AB, den sista granskningen 2024 i september.

Uppdragsgivare

S:t Eriks vård- och omsorgsboende drivs av Kungsholmens stadsdelsförvaltning från februari 2024. Årligen följs verksamheten upp av stadens MAS/MAR med kvalitetsinstrument QUSTA. Resultatet återkopplas till MLA som vidtar åtgärder utifrån analysen. Under dessa genomgångar återkopplas även verksamhetens arbete gällande riskbedömningar MNA, Downton Fall Risk och Nikola samt ADL och Munstatus – ROAG som inhämtats av stadsdelens MAS/MAR via sammanställning från journalsystem Vodok.



Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

På S:t Eriks vård- och omsorgsboende sker all informationsöverföring gällande personuppgifter med försiktighet. Personuppgifter lämnas aldrig ut i e-post eller telefonmeddelanden utan tas enbart vid muntlig överrapportering externt. Internt lämnas inga fullständiga personuppgifter synliga för obehöriga att ta del av utan all information förvaras i låst dokumentationsrum.

För att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk så sker en systematisk loggkontroll månadsvis i HSL-journalen. Egenkontroller gällande innehållet i både HSL- och SoL journal utförs även, se ovan under egenkontroller.

På S:t Eriks vård- och omsorgsboende har sjuksköterskorna överlappande tid för muntlig rapport, övrig personal har läsrapport men tjänstgörande sjuksköterska förmedlar dock även information av vikt muntligen till övriga professioner. Planeringsblad används på avdelningarna för att säkerställa rapport, på denna står dock inga personuppgifter. Informationsöverföring och planering gällande de boende sker även veckovis mellan professionerna på timmöten.

Loggkontroller för hälsosjukvårds dokumentation genomförs varje månad för att säkerställa att enbart behörig personal har tillgång till patienternas journaler. Logglistorna fylls i och skickas till MAS för arkivering en gång per år. År 2024 alla användare hade behörighet och inget avvikande har upptäckts.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

All hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att rapportera avvikelser och risker i vården enligt gällande riktlinjer, och omsorgspersonalen ska omedelbart anmäla till ansvarig sjuksköterska om den boende i samband med hälso- och sjukvård skadats eller utsatts för risk att skadas. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att bedöma och handlägga eventuella avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och samråda med verksamhetschef om hanterandet av avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i de lokala styrdokumenterna. De registreras i ett samlat dokument som rapporteras vidare till verksamhetskontrollers på Kungsholmens stadsdelsförvaltning 4 gånger per år.

På S:t Eriks vård- och omsorgsboende ska händelser gällande hälso- och sjukvård registreras i journalsystem (VODOK) av tjänstgörande sjuksköterska. Vid händelser av akut och/eller allvarlig karaktär informeras även MAS. MAS tar också del av avvikelser i VODOK för analys och förbättringsåtgärder.

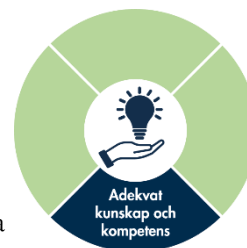
Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

I S:t Erik sker kompetensutveckling genom att kompetensplan skapas varje år för alla roller i verksamheten.

Kompetensplanen följs alltid upp av närmaste chef vid medarbetarsamtal och vid årets slut görs en sammanställning av genomförda utbildningar. Utbildningar sker via intern och extern bokning av utbildningar enligt kompetensplanet.

Löpande under året har utbildningssatsningar genomförts för bland annat att öka patientsäkerhetsarbetet. Utbildningar som genomförts under året var; Läkemedelshantering (webbutbildning), Basal hygien (webbutbildning), Sårvårdsbildning, dokumentation, Leda utan att vara chef och BPSD. År 2024 har vi fortsatt med interna utbildningar inom olika ämnen, bland annat nutrition, hygien, förflyttningsteknik, samt introduktionsutbildning för nyanställda som planerades och sköttes av fastanställda sjuksköterskor och rehab i samband med APT samt i samband med introduktioner.



Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

På S:t Eriks vård- och omsorgsboende är samverkan med boende och närstående ett prioriterat område. Förutom genom aktivt deltagande i vårdplaneringar, läkemedelsgenomgångar, genomförandeplaner och levnadsberättelser uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och verksamhetschef. Månadsvis upprättas informationsbrev till boende och anhöriga där Biträdande enhetschef skriver om det pågående arbetet på verksamheten.

Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Då de boende på S:t Eriks vård- och omsorgsboende har demensdiagnos och inte alltid kan medverka i sitt eget patientsäkerhetsarbete blir kontakten med närstående särskilt viktig.

Vid första kontakten med den boenden och närstående vid inflyt lämnas informationsbroschyr med namn och telefonnummer till avdelning, sjuksköterska, biträdande enhetschef och enhetschef. I broschyren finns även en beskrivning av verksamheten. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd.

Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen.

Samverkan med boende och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktman som tillsammans har det direkta informationsansvaret till boende och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon dagligen de dagar hen inte är på plats i huset. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan boende/närstående och läkare. De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut.





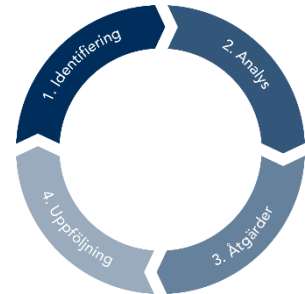
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroller och månadsuppföljning

Egenkontroller följs upp med hjälp av ”Nyckeltal”.



Avvikelser och händelser Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal fallhändelser
- antal läkemedelsrelaterade händelser
- antal falloolyckor som lett till frakturer
- att händelser registrerade i de båda systemen

Kvartalsvis genomförs en sammanställning och analys av samtliga registrerade händelser från verksamheten för att identifiera bakomliggande orsaker.

Basal hygien

Två gånger per år kontrolleras:

- följsamheten i basal hygien genom självskattningar

Årligen genomförs:

- hygienrond
- PPM-mätning

Begränsning/Skyddsåtgärder

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal tvång- och begränsningsåtgärder (larm, grindar m.m.) utan samtycke respektive dokumenterade samtycken för skyddsåtgärder

Blåsdysfunktion

Kvartalsvis kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell Nicola bedömning

Delegeringar

Omvårdnadspersonal genomför apotekets utbildning och kunskapstest som kontrolleras och följs upp av sjuksköterska. Omvårdnadspersonal delegeras och förs in i Appva (digital signering) enligt rutiner. Sjuksköterskorna har ansvar att kontrollera delegeringarnas giltighet regelbundet och beställa tillgång till utbildning och kunskapstest från apoteket.

Delegeringarna avslutas automatisk när tiden är ute.

Dokumentation

Månadsvis kontrolleras/registreras:



- antalet aktuella genomförandeplaner
- loggkontroller

Infektioner och Antibiotika

Månadsvis:

- antalet antibiotikabehandlade infektioner registreras i Nyckeltal.

Kvalitetsregister

Månadsvis:

- antal registreringar i Palliativa registret registreras i Nyckeltal.

Läkemedelshantering

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- narkotikakontroller
- antal läkemedelsgenomgångar

Årligen kontrolleras/registreras:

- antal utförda granskningar från Apoteket

Medicintekniska Produkter (MTP)

Årligen kontrolleras/registreras:

- översyn av verksamheten MTP
- kalibrering
- besiktning

Nutrition

Två gånger per år kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell MNA bedömning

Två gången per år kontrolleras/registreras:

- boendes nattfasta

Trycksår

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antalet trycksår och övriga sår

Två gånger per år kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell Norton bedömning.

Övrigt

Två gånger per år kontrolleras/registreras:

- Antal boende med aktuell Downton bedömning,
- Antal boende med aktuell ADL bedömning,
- Antal boende med aktuell ROAG bedömning,



Egenkontroller på uppdrag av uppdragsgivare

Avvikelser och händelser

Regelbundet vill Kungsholmens MAS kunna dra ut statistik över inträffade avvikelser gällande hälso- och sjukvård från avvikelsemodul i journalsystem. Eftersom alla hälso- och sjukvårds avvikelser dubbeldokumenteras för detta syfte säkerställs att avvikelsemodul i journalsystem stämmer överens med intern händelsemodul.

Statistik hälso- och sjukvårdsindikatorer

Punktprevalensmätning (PPM) genomförs två gången per år. Denna mätning utförs av MLA sjuksköterska och rapporteras till Kungsholmens MAS.

Infektionsregistrering

Varje månad till och med september år 2021 sammanställs inträffade fall av infektion i verksamheten samt antalet boende med urinkateter/suprapubis kateter av sjuksköterskor och skickas till stadsdelens MAS utefter efterfrågad mall.

Dokumentation

Två gånger per år utförs egenkontroll av HSL-dokumentationen på verksamheten efter uppdrag av stadsdelens MAS och MAR som komplement till deras egen löpande granskning. Denna granskning utförs av HSL-personal. Syftet är att se om värden av den boende kan följas i journalen och att den därmed kan säkerställas.

Resultatet diskuteras regelbundet i HSL-gruppen för att utveckla dokumentationen ytterligare även HSL möten och individuell handledning tillämpas av Vodok handledare.

QUSTA

Årligen genomförs egenkontroll utefter kvalitetsinstrument QUSTA på uppdrag av Kungsholmens MAS och MAR.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker - struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem (VODOK). När bedömning visar risker behandlas och hanteras dessa risker vid omvårdnadskonferenser som kallas Teammöte på respektive avdelning där representanter från alla professioner i arbetsteamet deltar. Identifieras en risk ska den alltid leda till en hälsoplan med mål och behandling som ska vara känd och tillgänglig för omsorgspersonal. Utvärdering och uppföljning sker regelbundet och vid behov.

Händelser registreras i ledningssystemets händelsemodul där även omedelbara åtgärder som vidtagits registreras. Händelsen rapporteras till biträdande enhetschef som påbörjar orsaksanalys för att undanröja bakomliggande orsaker.

Enhetschef och den legitimerade personalen avgör, efter klassificering av allvarlighetsgrad och konsekvens för patienten, om den inträffade händelsen enbart ska hanteras i det lokala systematiska förbättringsarbetet eller om vårdavvikelsen ska rapporteras till MAS eller MAR. Bedömd konsekvens och allvarlighetsgrad för patienten är en grund för ställningstagande om vem som har befogenhet att utreda händelsen, MAS/MAR eller verksamhetschef och om utredningens omfattning.

En fördjupad utredning av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada görs alltid i samarbete med MAS eller MAR. Vid den fördjupade utredningen används utredningsmallen i ledningssystemet.

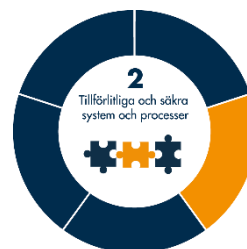
Avvikelse/Händelser av individuell karaktär behandlas även under omvårdnadskonferenserna där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans kartlägga vilka åtgärder som kan eliminera eller minska risk att händelse sker igen. Planerade och utförda åtgärder skall dokumenteras i VODOK och avvikelse modul. Gemensamma händelser för verksamheten behandlas i berörd kvalitetsgrupp med åtgärder, uppföljning och återkoppling.

Vid allvarligare händelser utreds denna i enlighet med Lex Maria eller Lex Sarah. Verksamhetskontroller granskar händelsen och beslutar om händelsen är så pass allvarlig att utredningen skall skickas till Inspektion för vård och omsorg, IVO.

Statistik över samtliga händelser presenteras av Biträdande enhetschefen vid arbetsplatsträffar där även allvarliga eller återkommande händelser från verksamheten diskuteras för att ta lärdom och förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2024 har flertalet åtgärder vidtagits för att ökad patientsäkerhet, samtliga kopplade till de målen som sattes för året.

Vi fortsatte med lokala nyckeltal i månadsuppföljningsmallen där antalet aktuella riskbedömningar (Norton, MNA, Downton, Nicola, ADL, ROAG) följs upp av Medicinsk ledningsansvarig sjuksköterska två gånger per år. Även antal fallolyckor som lett till frakturer infördes som nytt nyckeltal.

Sjuksköterskorna hade ansvar att följa rutiner med utgångspunkt från Folkhälsomyndighetens rekommendationer och i samråd med MASen. HSL-personal hade ledande och utvecklande roll, med regelbundna kontroller, utbildningar och stöd för omvårdnadspersonal.

Verksamheten är Stjärnmärkt vilket innebär att medarbetarna har fördjupad kunskap i demenssjukdomen vilka lagar och förordningar som gäller för skydds- och begränsningsåtgärder och hur man ska arbeta med de etiska dilemman man möter i sitt arbete.

Under året fortsatte arbete med att förbättra informationsöverföring mellan HSL och omvårdnadspersonal, gällande skyddsåtgärder och hälsosjukvårdsinsatser. Följsamheten att alla skyddsåtgärder och andra hälsosjukvårdsåtgärder som ordinerades av HSL-personal fanns dokumenterade och kopplade till hälsoplaner i Vodok samt dokumenterade i genomförandeplaner i ParaSol följdes upp under året.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Avvikelser, händelser – resultat

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Under 2024 har totalt 83 händelser (avvikelser, förbättringsförslag och tillbud) registrerats i avvikelsemodulen under samtliga processer.

Utav dessa har två händelser bedömts vara av hög allvarlighetsgrad.

Hantera fall

Enligt statistik över registrerade händelser i Vodok har antalet fallavvikelser under år 2024 var 56, som är samma som i 2023 som var också 56. Fallen registreras i Vodoks avvikelsemodul, antal registrerade avvikelser kontrolleras månadsvis.

Inga av fallolyckorna har lett till fraktur.

En fallolycka orsakades av att en boende knuffade den andra. Händelsen anmäldes enligt lex Sarah och ledde till IVO anmälan. Boende som uppförde sig våldsamt visade sedan tidigare BPSD symptom. Alla åtgärder har inte givit tillräckligt bra resultat och personen flyttades till profilboende som är speciell anpassad för personer med BPSD.

Analys av fallstatistik visar att det är avd Vega som leder statistiken (21) och där är två patienter som ramlar oftast (12). Fallavvikelse behandlas enligt rutiner. Riskbedömning om fallrisk genomfördes som leder till hälsoplaner med lämpliga ordinationer och förskrivningar.

Alla boenden med fallrisk har pågående och aktuella individuella hälsoplaner med tillhörande åtgärder från alla professioner för att förebygga återkommande fall. Vidtagna åtgärder resulterade i mindre fall i december. Ärenden har tagits upp i teamet samt med läkare och anhöriga.

Hantera läkemedel säkert

Enligt statistik ur Vodok har antalet händelser angående läkemedelshantering under 2024(13 st) ökning jämfört med 2023 (10).

En av avvikelserna ledde till Lex Maria. Händelse utreddes och ledde till ändringar i läkemedelshanterings för patienten som drabbades. Alla lås till läkemedelsskåp på avdelningen byttes.

Dem flesta avvikelserna handlar om att personalen missar/glömmer att administrera medicin i rätt tid eller missar/ glömmer att signera.



Specifik omvårdnad

Enligt statistik finns 4 registrerade händelse under denna rubrik. Två händelse handlade om en luftmadrass som upptäcktes vara utan luft när patienten inte var i sängen.

Två avvikelser handlade om blåmärken hos två patienter. Patienten observerades. Rehab justerade rullstolen och gått igenom med omvårdnadspersonal hur man ändrar läget i rullstol. En av händelserna anmäldes till Lex Sara och utreddes enligt rutiner.

Bemötande

4 avvikelser handlar om bemötande. Två av dem handlar om konflikt mellan medarbetarna. En avvikelse handlat om att omvårdnadspersonal inte har tagit hänsyn till boendes uttryckta önskemål vid duschsituation. En avvikelse handlat om omvårdnadspersonal har inte tagit hänsyn till boendes uttryckta önskemål i samband med påklädning.

Biträdande enhetschef hade samtal med personalen som hamnade i konflikt, samt samtal med berörd personal om värdegrund och patientcentrerad omvårdnad.

Trygghetslarm

1 avvikelse handlade om att trygghetslarm var ur funktion i 45min. Personalen kontaktade Tunstall direkt som kom och åtgärdade felet.

Allmän omvårdnad

2 händelser handlade om allmän omvårdnad. En handlade om bristfärdig hantering av kateter och den andra att patienten inte fått dusch och inte blivit rakad.

Genomgång med personalen (fastanställd och vikarierande) av arbetsrutiner vid ordinarie personals frånvaro.

Brist i tillsyn (här ingår även rymningar)

1 händelse registrerades och handlade om att en boende knuffade en annan boende vilket ledde till att boende föll. Samma händelse registrerades i Vodok under rubrik Fall. Avvikelse ledde till Lex Sara och IVO anmälan.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Extraordinära händelser

Kommunen har en central framtagen kris- och beredskapsplan, likaså har St.Erik vård- och omsorgsboende upprättat en riskanalys och en handlingsplan för extraordinära händelser. Dessa är framtagna för att ledning och samtliga anställda ska vara beredd på nödsituationer, arbeta för att förebygga dessa i den mån det går och veta hur de skall agera om kris inträffar. Oavsett vilken kris som inträffar ska samtliga boenden omhändertas på bästa sätt.

I förebyggande åtgärd genomförs riskanalyser inför sommaren och vintern och skickas till MASen på avsedda för det mallar.

Trygghet och säkerhet

I vår kvalitetsgrupp "Hälsöfrämjande miljö" arbetar våra miljöombud på respektive avdelning med frågor som berör trygghet och säkerhet för våra boende och medarbetare. De identifierar risker genom bland annat systematiskt brandskyddsarbete samt uppföljning av tillbud och händelser.

Riskbedömningar för den enskilde

På S:t Eriks vård- och omsorgsboende utförs riskanalys för varje boende för att upptäcka risker som kan leda till att dennes skadas. Riskanalyserna leder till konkreta åtgärder som eliminerar eller minimerar identifierade risker.

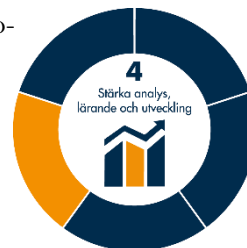
I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast den inflyttade och gör en första bedömning om förflyttningsförmåga och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Tjänstgörande sjuksköterska utför även en första bedömning av den boendes status omgående för att upptäcka eventuella risker för den boende gällande ex. självskadebeteende, risk att boende avviker från verksamheten med mera. Bedömningar dokumenteras i journalsystem VODOK med hälsoplaner om risker upptäcks. Riskbedömningar tas upp med utsedd kontaktperson och på teammöten för att säkerställa informationsöverföringen.

Vidare utför omvårdnadsansvarig sjuksköterska riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall inom fjorton dagar efter inflyttning samt

Dessa riskbedömningar upprepas och följs upp regelbundet och vid behov under den boendes vistelsetid på S:t Eriks vård- och omsorgsboende.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Egenkontroller och externa kontroller

Basal hygien

Observationer och självskattningar gällande basal hygien genomförs årligen. Under 2024 genomfördes alla mätningar enligt planer. Brister som upptäcktes dokumenterades och ledde till interna utbildningar.

Vi har noga följt rekommendationer från Folkhälsomyndigheten vilket ledde till fortlöpande uppdateringar av hygienrutiner. Uppdaterade rutiner har delgivits alla medarbetare via informationsbrev och diskuterades på APT. Sjuksköterskorna hade även ansvar för spontana kontroller samt interna utbildningar inom basalhygien och barriärvård.

Begränsnings- och skyddsåtgärder

Nyckeltalen som följs upp varje månad visar att under 2024 fanns inga begränsningsåtgärder utan samtycke i verksamheten. Nyckeltalen över antal boende med dokumenterat samtycke för skyddsåtgärder varierar dock mellan 20-23st från månad till månad pga. att i HSL-journaler är det dokumenterat att samtycken ska inhämtats av omvårdnadspersonal vid varje användning.

Blåsdysfunktion

Under året har verksamheten haft en boende med suprapubisk kateter

PPM mätningarna på uppdrag av Kungsholmen som registrerats gällande blåsdysfunktion under 2024 i gjordes i mars och september. Genomförda egenkontroller på verksamheten som visar att vid mätningar fanns en boende med suprapubisk kateter samt 29 boende utan kateter av dem 22–27 personer med blåsdysfunktion som har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Alla personer hade utprovade inkontinenshjälpmedel men ordinationer behövde följas upp och uppdateras.

Vid kontrollerna fanns 1 sjuksköterska i tjänst med specifik utbildning enligt blåsdysfunktionsområdet samt 5 sjuksköterskor har reell kompetens.

År 2024 genomfördes egenkontroll i februari och oktober gällande antal boende med aktuell Nicola bedömning. Enligt rutiner ska nyinflyttade personer bedömas enligt Nicola och därefter genomförs en ny riskbedömning en gång per år eller vid behov om hälsotillståndet förändrats.

Delegeringar

Nyckeltal visar att läkemedels delegeringarna kontrolleras regelbundet. Vi använder Appva elektronisk signering som underlättar att hålla koll på delegeringar. Antalet aktuella delegeringar har under året varit 26-38st beroende på hur många timanställda som funnit i verksamheten. Inga insulin-delegeringar har förekommit under året och inga delegeringar har dragits in. År 2024 har vi börjat med utbildningar och kunskapstest från Apoteket AB. Sjuksköterska skickar förfrågan till Apoteket för tillgång till utbildning och kunskapstest för omvårdnadspersonal. Omvårdnadspersonal vidarebefordrar genomförd kunskapstest till respektive sjuksköterska som beslutar om delegeringen. Aktuella delegeringar samt kunskapstester skrivs

ut och förvaras i delegeringspärmerna som kontrolleras månadsvis av sjuksköterskor. Appva (digital signering) systemet avslutar automatiskt delegeringarna som gått ut samt markerar personerna en månad innan delegeringen går ut.

Dokumentation

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation har skett utefter stadsdelens mall två gånger under 2024. Resultatet visade att utifrån gällande lagstiftning var dokumentation i HSL bra men finns områden som behöver utvecklas. En av utvecklingsområde är att information och hälsoplaner som dokumenteras i Vodok och är viktiga för personalen att veta, ska dokumenteras i Parasoll också.

Loggkontroller för 2024 visade att 100% av alla granskade användare i HSL-journalerna har haft ändamålsenlig behörighet.

Infektioner och antibiotika

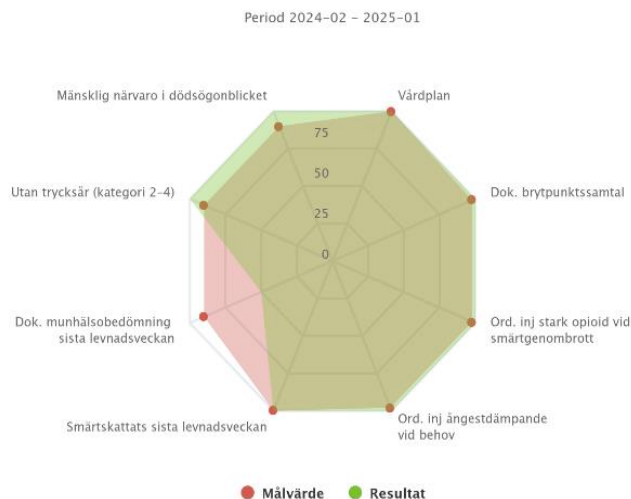
Enligt nyckeltal har verksamheten haft 11st antibiotikabehandlade infektioner (11 månader) som är mindre än 2023 (13 månader)

Kvalitetsregister

Under 2024 avled 6 boende på S:t.Erik, och 4 registrerades i Palliativa registret (2 patienten avled på sjukhuset).

Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet inom sju områden; munhälsobedömning ligger sämst, vilken berodde på att personer avled oväntad snabbt och visade aldrig tecken på problem i munnen.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport

Vi fortsätter arbeta och registrera i BPSD registret.

Bemötande och kommunikationsplaner samt bestämda i teamet åtgärder för personer med BPSD fungerar som arbetsredskap för att hjälpa personalen att hantera patienten med dessa besvär.

Vi registrerar patienten i SveDem som är kvalitetsregister för personer med demensdiagnos.

Läkemedelshantering

Under 2024 genomfördes kvalitetsgranskning gällande läkemedelshantering på St.Eriks vård- och omsorgsboende utav Apoteket.

Enligt granskningen fungerar den praktiska hanteringen av läkemedel bra. Men apoteket hade synpunkter och förslag på förbättringar. Förbättringsförslag togs upp på HSL-möte samt APT med omvårdnadspersonal. År 2024 implementerades ett nytt digitalt signeringsystem – Appva, vi hade Alfa e Sign tidigare, detta upplevdes lite utmanande för omvårdnadspersonal och år 2024 har vi betraktat som introduktionstid för att bekanta sig i det nya systemet. 2024 har vi inte skrivit så många läkemedelshanterings avvikelser.

Sjuksköterskor fortsätter att utbilda och kontrollera omvårdnadspersonal i läkemedelshantering.

De områden enligt apotekets förbättringsförslag som verksamheten måste fortfarande bättras inom är:

- att hålla bättre kontroll att läkemedelslistor och läkemedel som finns i läkemedelsskåp hos patienten är aktuella,
- säkerställa att läkemedel förvaras i rätt temperatur,
- säkerställa att endast behörig personal har tillgång till läkemedelsnycklar.
- Samt några förtydligande i läkemedelshanteringsrutiner

Nyckeltalen gällande narkotikakontroller har fyllt i 2024, var det skett kontroller 1ggr/månad.

Antalet läkemedelsgenomgångar har följts under hela året (27). Läkemedelsgenomgångar genomförs alltid med ansvariga läkare, anhöriga till patienten informeras och har erbjudits att delta.

Medicintekniska Produkter (MTP)

Inventarieförteckning över verksamhetens alla MTP finns på sjuksköterskeexpeditionen och kontroller och besiktning har skett enligt planering utav fysioterapeut och arbetsterapeut. Sängar kontrolleras årligen, taklyftar kontrolleras i december, dusch och toalett hjälpmedel kontrolleras i i maj, Lyft-selar kontrolleras i april och oktober. Sjuksköterskornas MTP samt sittvåg kontrolleras inför varje användning.

Nutrition

Enligt nyckeltal har nattfasteregistrering skett två gånger under 2024 enligt planering på samtliga fyra avdelningar i verksamheten. Resultatet visade ett medelvärde under 11 timmar fastetid. Den kortaste registrerade fastetid var 2,5 timmar och den längsta var 17 timmar.

Det gjordes en intern analys av egenkontrollen. Boende som hade viktnedgång samt lång nattfasta fick komplettering av behandlingsåtgärder.

På verksamhetens alla fyra avdelningar serveras tre större måltider, hemmagjorda näringsdrycker och fika med kakor/mackor/frukt minst två gånger per dag samt nattmål eller förfrukost för dem som inte sover. Utöver detta ordineras näringsdrycker om behovet finns. Egenkontroll 2024 gällande antal boende med aktuell MNA bedömning visade att i praktik alla hade aktuell MNA bedömning. År 2024 har vi tätare arbete med dietist. Dietisten har haft genomgång av alla patienter och patienten. Patienterna som är i behov av dietistens hjälp kommer att följas upp.

Gällande betydelsen och kunskaper kring nutritionen har extra satsning på utbildning gjorts. All tjänstgörande personal har fått nutritionens utbildning.



Trycksår

2024 fortsattes det egenkontroll två gånger per år gällande antal boende med aktuell Norton bedömning, dessa visade att i praktik alla hade aktuell Norton bedömning.

Nyckeltalen för trycksår har registrerats under hela 2024 och visar att det funnits 2 trycksår från januari - juni som varierade från grad 3 och 1 tills den läkte. Ett trycksår grad 1 upptäcktes i december, och idag har såret läkt. Från juli till november dokumenterades inga sår. Dem flesta såren upptäcktes snabbt och behandlades effektivt.

Övriga sår

Övriga sår orsakades vid fallolyckor eller om boende slagit i eller fastnat i något. En an boende fick bensår på grund av dålig cirkulation som diagnostiserades och behandlades enligt rutiner.

Trygghetslarm

Den månatliga kontrollen av omvårdnadsansvariga sjuksköterska över larmet har skett enligt planen 2024.



Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Det registrerades 3 klagomål år 2024. Två handlade om att anhöriga var missnöjda med städningen.
Åtgärd: Kontaktpersoner informerades samt förstärkning gjorts med servicemedarbetare.
Ett klagomål handlade om anhörig har synpunkter på att vid ett kvällsmål serverades vegetarisk mat.
Åtgärd: Berörd boende ska erbjudas tillägg av animalier vid vegetariska måltider

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Resiliens beskrivs också som långsiktig förmåga att hos ett system kunna hantera förändringar och fortsätta utvecklas.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Ja, verksamheten kommer att fortsätta arbeta på ett patientsäkert sätt i framtiden. Vi eftersträvar hög kompetens hos våra medarbetare gällande förståelse och användning av ledningssystemet, Vodok och ParaSol.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med bland annat dokumentationen (både HSL och SoL) målet är dock delvist uppnått med arbetet att genomförandeplaner ska ha en spegling av HSL. Detta är ett fortsatt viktigt utvecklingsområde som vi tar med till nästa års mål.

Verksamheten har bytt digitalt signeringssystem av läkemedel till APPVA, vilket var en utmaning. En av vårt utvecklingsområde är att få personalen att följa apotekets krav och rekommendationer för läkemedelsadministrering.

Arbete med BPSD bedömningar gå ganska ojämnt beroende på avdelning. Vi kommer att fortsätta implementera bedömningar som arbetsredskap i omvårdnadsarbete och öka antal BPSD administratörer. Vi kommer att få schemalagda möte om patienter med BPSD.